

UNIVERSITÉ D'ALGER

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'ALGER

ANNÉE 1930. — N° 4

A PROPOS

DE

L'Extériorisation de la Cicatrice Utérine

dans les Césariennes tardives

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le 2 Avril 1930

PAR

GEORGES GRUFFY

Né à Fondouck (Département d'Alger), le 23 Août 1903

MEMBRES DU JURY :

MM. COSTANTINI, Professeur de Clinique Chirurgicale.	<i>Président,</i>
LOMBARD, Professeur de Clinique chirurgicale infantile.....	<i>Juges.</i>
DUBOUCHET, Agrégé (chirurgie).....	
HOUEL, Agrégé (obstétrique).....	

ALGER

IMPRIMERIE "LA TYPO-LITHO"

1930

UNIVERSITÉ D'ALGER

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'ALGER

ANNÉE 1930. — N° 4

A PROPOS

DE

L'Extériorisation de la Cicatrice Utérine

dans les Césariennes tardives

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le 2 Avril 1930

PAR

GEORGES GRUFFY

Né à Fondouck (Département d'Alger), le 23 Août 1903

MEMBRES DU JURY :

MM. COSTANTINI, Professeur de Clinique Chirurgicale.	<i>Président,</i>
LOMBARD, Professeur de Clinique chirurgicale infantile.....	} <i>Juges.</i>
DUBOUCHET, Agrégé (chirurgie).....	
HOUEL, Agrégé (obstétrique).....	

ALGER

IMPRIMERIE "LA TYPO-LITHO"

1930

UNIVERSITÉ D'ALGER

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE



DOYEN..... MM. LEBLANC (✱, ✱, I. ✱).
DOYEN HONORAIRE..... HÉRAIL (✱, I. ✱).
ASSESEUR..... GILLOT (I. ✱).

PROFESSEURS

Clinique ophtalmologique.....	MM. CANGE (✱, I. ✱).
Clinique médicale infantile.....	GILLOT (I. ✱).
Clinique des maladies des pays chauds, des maladies syphilitiques et cutanées.	RAYNAUD (✱, ✱, I. ✱).
Clinique chirurgicale.....	COSTANTINI (✱, ✱, A. ✱).
Clinique obstétricale et puériculture du 1 ^{er} âge.....	LAFFONT (✱, ✱, I. ✱).
Clinique chirurgicale infantile et d'or- thopédie.....	LOMBARD (✱, I. ✱).
Clinique médicale.....	AUBRY (✱, ✱, A. ✱).
Histologie et Embryologie.....	WEBER (✱, ✱, I. ✱).
Anatomie pathologique.....	POUJOL (I. ✱).
Chimie biologique et toxicologie.....	MAILLARD (✱, I. ✱).
Hygiène, hydrologie et climatologie.....	CHASSEVANT (0. ✱, I. ✱, 0. ✱).
Physiologie.....	TOURNADE (0. ✱, ✱, I. ✱).
Pharmacie.....	MUSSO (I. ✱).
Médecine légale.....	GIRAUD (0. ✱, ✱, A. ✱).
Anatomie.....	LEBLANC (✱, ✱, I. ✱).
Microbiologie et cryptogamie.....	PINOY (✱, I. ✱).
Physique médicale.....	PORTES (✱, ✱, I. ✱).
Anatomie médico-chirurgicale et médecine opératoire.....	CABANES (✱, ✱, I. ✱).
Botanique et matière médicale.....	N...
Parasitologie et zoologie médicale.....	SENEVET (✱, A. ✱).
Chimie minérale et organique.....	WUNSCHENDORFF (I. ✱).
Pathologie générale et pathologie médicale	N...
Thérapeutique.....	N...

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. ARGAUD (✱, I. ✱). MM. HERAIL (✱, I. ✱).
VINCENT (✱, I. ✱). SOULIE (✱, I. ✱).

CHARGÉS DE COURS

Enseignement théorique des élèves sages-
femmes..... MM. FUSTER (✱, ✱, I. ✱).
Cours de clinique d'oto-rhino-laryngologie H. ABOULKER (✱, ✱).

AGRÉGÉS

Chirurgie.....	{	MM. DUBOUCHER (I. ✱)
Médecine.....		FERRARI (I. ✱).
Physiologie.....		POROT (A. ✱).
Anatomie.....		LEBON (✱, ✱).
Chimie médicale.....		HERMANN (✱, A. ✱).
Obstétrique.....		RIBET (✱).
Histologie.....		N...
Histoire naturelle pharmaceutique.....		HOUEL (✱, ✱, A.).
		COURRIER (✱).
		FOURMENT.

NOTA. — La Faculté n'entend donner aucune approbation ni im-
probation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions doivent être
considérées comme propres à leurs auteurs.

A MA MÈRE ET A MON PÈRE

A MA SOEUR

A MON ONCLE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MON MAITRE

Monsieur le Docteur OULIÉ

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris
Chirurgien de l'Hôpital de Constantine
Chevalier de la Légion d'Honneur

*Qui nous a inspiré ce travail et
qui fut pour nous le maître et le
conseiller de tous les instants.*

En témoignage de vive gratitude.

A MON PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur COSTANTINI

Professeur de Clinique Chirurgicale
Chevalier de la Légion d'Honneur

Nous le remercions de l'enseignement qu'il nous a donné et de l'honneur qu'il nous a fait en acceptant de présider cette thèse.



A MES JUGES

Monsieur le Professeur LOMBARD
Professeur de Clinique Chirurgicale Infantile
et d'Orthopédie

Monsieur le Professeur agrégé DUBOUCHER
Chirurgien des Hôpitaux

Monsieur le Professeur agrégé HOUEL
Chevalier de la Légion d'Honneur

Hommages respectueux.

A MES MAITRES DE L'HOPITAL

et DE LA FACULTE D'ALGER

A MON AMI

Emile TARDY

A Monsieur le Médecin-Capitaine DEBRIE

Chirurgien des Hôpitaux Militaires
Chevalier de la Légion d'Honneur

*Avec l'expression de ma vive
gratitude.*

A Monsieur le Docteur CHUREAU

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

Avec toute ma reconnaissance.

A MES AMIS

Les Docteurs BIANCARDINI, CHOUSSAT, MECHIN
Les Pharmaciens LASSIS, TEUMA

Je dédie cette thèse.

INTRODUCTION

Au cours de notre séjour comme interne dans le service du Docteur OULIÉ, à l'Hôpital civil de Constantine, il nous fût donné d'assister à une intervention que nous n'avions jamais vu pratiquer auparavant.

Une jeune indigène, depuis plusieurs jours en douleurs et présentant un bassin impraticable nous était évacuée d'urgence de la Maternité où elle était entrée le matin même. Une température élevée, un pouls rapide, des pertes fétides nous démontraient que cette malade était infectée et, croyant une hystérectomie nécessaire et urgente, nous fûmes surpris lorsque le chirurgien pratiqua une intervention qui nous était absolument inconnue.

De ce fait, la malade présentait pour nous un intérêt tout particulier et devant les excellents résultats obtenus et les rares observations parues à ce sujet dans la littérature chirurgicale ou obstétricale, le Docteur OULIÉ nous proposa d'étudier spécialement cette question et d'en faire le sujet de notre thèse.

Notre travail débute par quelques pages consacrées à l'historique du sujet. Nous avons ensuite exposé avec leurs techniques particulières toutes les observations qu'il nous a été possible de trouver à la bibliothèque universitaire d'Alger.

Nous terminons par une étude critique de la question suivie des conclusions que nous croyons pouvoir en tirer.

Nous ne voudrions point clore cette introduction sans adresser tous nos plus vifs remerciements à M. le Docteur OULIÉ, c'est grâce à son obligeance que nous avons pu poursuivre nos travaux tant dans les salles de son service qu'en sa salle d'opération; qu'il veuille bien trouver ici l'assurance de notre gratitude pour tous les conseils qu'il nous a prodigués au cours de ces mois passés près de lui.

HISTORIQUE

En chirurgie, comme en obstétrique, l'infection à toujours été le gros danger. Bien avant la découverte des microbes, chirurgiens et accoucheurs se sont évertués à trouver des méthodes pour lutter contre l'infection. Celles-ci, très nombreuses ont donné des résultats variables, quelquefois passables, ils ne furent jamais bons, plus souvent encore désastreux.

L'intérêt historique de ces méthodes est incontestable.

Nous voulons résumer dans ce chapitre celles qui touchent au sujet que nous traitons. Elles paraissent remonter aux origines de la césarienne. Peut-être les chirurgiens et accoucheurs ont-ils deviné l'origine du mal car leur grande préoccupation fut toujours d'empêcher la pénétration des liquides utérins dans le péritoine au cours de l'hystérotomie.

Le principe de ces méthodes était le suivant :

Faciliter la création d'adhérences entre l'utérus et la paroi abdominale antérieure : les adhérences éta-

blies, l'ouverture de l'utérus ne présentait aucun danger puisque le bistouri du chirurgien, en passant dans les tissus adhérents, n'ouvrait à aucun moment la cavité péritonéale libre.

Mais comment créer ces adhérences indispensables?

La connaissance de l'inflammation créatrice d'adhérences fit rechercher les moyens de créer cette inflammation.

Les méthodes proposées furent si nombreuses que nous pourrions les classer en chimiques, physiques et mécaniques. Nous ne citerons que les plus fréquemment employées.

Ce furent d'abord des mèches imbibées de produits septiques ou caustiques, introduites par un orifice punctiforme, entre péritoine viscéral et péritoine pariétal, et laissées quelques jours en place. D'autres essayèrent des massages utérins répétés.

Les résultats sont faciles à deviner; ils furent presque toujours funestes aux pauvres patientes. Elles mouraient le plus souvent de péritonites aiguës, ou alors les adhérences ne se limitant pas à la zone recherchée se propageaient aux annexes, aux intestins et causaient tous les accidents que peuvent donner les adhérences: douleurs persistantes, stérilité temporaire ou définitive, occlusions intestinales par brides presque toujours mortelles.

D'autres fois les adhérences recherchées ne se formaient pas et quelques jours plus tard le chirurgien,

trompé par leur absence, retrouvait l'infection qu'il avait voulu éviter.

Ces méthodes ont pourtant donné à RÉCAMIER et à TROUSSEAU quelques succès.

RÉCAMIER employa à diverses reprises des mèches imbibées d'un caustique fort employé à cette époque, la « pâte de Vienne ».

TROUSSEAU de son côté faisait de l'acupuncture à l'aide d'un thermocautère qui n'était qu'un morceau de fer rougi au feu et taillé en pointe. Il s'agissait de passer à travers la paroi abdominale et de toucher légèrement le péritoine utérin.

Ces brûlures péritonéales superficielles créaient des adhérences facilement si l'on avait soin de réduire les frictions péritonéales à l'aide de bandages de corps assez fortement serrés.

Si cette méthode fut inconstante ce fut celle qui donna le moins de désastres, d'abord parce qu'elle était pratiquée par un praticien très habile et ensuite en raison de son aseptic naturelle.

Mais l'idée principale de la fixation de la cicatrice utérine, celle que réalisèrent plus tard tous les chirurgiens, appartient à PILLORE, Médecin-chef de la Maternité de l'Hôtel-Dieu de Rouen (1854).

« PILLORE, frappé du défaut de réunion de la plaie utérine après l'opération césarienne, considérant pour lors comme inévitable et fatal l'épanchement des liqui-

des utérins dans la cavité abdominale, remarquant encore que l'examen cadavérique des femmes mortes après la guérison de l'hystérotomie avaient souvent montré l'utérus adhérent à la paroi abdominale antérieure eut l'idée de recourir à la suture pour provoquer cette adhésion et prévenir l'épanchement. »

C'était la solution élégante du problème tant cherché.

PILLORE ne réalisa jamais l'intervention qu'il avait découverte, et ce n'est qu'environ cinq ans plus tard, le 2 septembre 1859 que LESTOCQUOY, Professeur de chirurgie à l'Ecole de médecine d'Arras réussit après deux essais infructueux l'intervention qui devait faire le sujet de la thèse de son élève DUSART en 1867.

Le seul but de LESTOCQUOY fut comme celui de ses devanciers « supprimer la cause de mort la plus fréquente après l'opération césarienne, c'est-à-dire la péritonite par l'épanchement de sang, de lochies et de liquides amniotiques dans le péritoine. »

Il semble que cette intervention n'ait plus eu d'adepte jusqu'en 1909.

En 1911, KOUWER fait paraître dans « l'Obstétrique » (1911, n° 54), une observation de césarienne tardive traitée par l'extériorisation de la cicatrice. Au Congrès des gynécologues de langue française (1921), il présente cinq autres observations; au Congrès de 1925 quatre nouveaux cas augmentent sa statistique.

D'autres chirurgiens, durant ces dernières années et avec quelques petites différences dans leurs techniques, ont répété presque toujours avec succès cette intervention.

De 1910 à 1928, un bon nombre de chirurgiens américains ont pratiqué l'extériorisation de la cicatrice utérine. Dans un seul hôpital, au « New-York Child's Hospital » une statistique de HAWKS nous apprend que trente exclusions péritonéales furent pratiquées.

Nous pensons que c'est FOSTER qui a contribué par ses nombreux succès à répandre cette intervention parmi les chirurgiens des Etats-Unis.

En France VIGNES et PORTES, puis VIGNES seul ont trois succès.

En Algérie notre Maître, le Docteur OULIÉ, Chirurgien à l'Hôpital civil de Constantine réalise sa première intervention le 26 juillet 1925 et la répète sept fois en quatre ans avec un plein succès.

OBSERVATIONS

La première extériorisation de la cicatrice utérine fut pratiquée par LESTOCQUOY, deux échecs précédèrent le succès dont l'observation détaillée fait le sujet de la thèse de DUSART « de la suture viscéro-pariétale » (1867). Signalons cependant qu'elle ne fut pas pratiquée dans le même but qu'aujourd'hui: LESTOCQUOY voulait empêcher la contamination péritonéale au cours de la césarienne et des suites opératoires; actuellement nous extériorisons la cicatrice utérine pour lutter contre une infection déjà existante.

OBSERVATION I

Intervention pratiquée sur la nommée Félicie POUGET (Arras), 2 septembre 1859, selon la technique donnée au chapitre suivant.

Le premier et le deuxième jour après une intervention sans incident l'état général est très bon.

Le troisième jour il se produit une suppuration puis la gangrène de la tranche utérine, d'odeur fétide. On

fait en présence de cet incident un nettoyage de l'utérus à l'aide de compresses montées, et un pansement à l'alcool.

Le quatrième jour, la plaie conserve le même aspect, sa fétidité diminue, il n'y a pas de phénomènes généraux importants, on continue les pansements à l'alcool.

Le cinquième jour l'état général reste bon, la gangrène se limite.

Du sixième au douzième jour rien d'important à signaler, on continue la désinfection utérine à l'aide de pansements journaliers et variés. La plaie est très belle et se rétrécit progressivement.

Le quatorzième jour la malade se lève, le vingt-cinquième jour elle commence à allaiter son nourrisson, la cicatrisation est complète le trente-neuvième jour et la malade quitte l'hôpital le quarante-cinquième jour après l'opération.

Suivie de près par LESTOCQUOY cette malade n'a présenté ultérieurement aucun accident.

Le deuxième temps ne fut jamais pratiqué.

OBSERVATION II

Entre 1909 et 1925 KOUWER (d'Utrecht) exécuta dix fois l'opération de l'extériorisation de la cicatrice utérine,

L'observation de la première intervention, pratiquée dans un cas de césarienne tardive, chez une femme déjà infectée (différence essentielle avec l'observation de LESTOCQUOY) a paru en 1911 dans le journal « L'Obstétrique ».

« Une primipare de 20 ans, au bassin rétréci, ne présente aucun engagement au terme de sa grossesse fixée à fin novembre 1909. Le 27 novembre elle eut pendant quelques jours des crampes légères, puis des douleurs régulières qui, interrompues par des périodes de repos, continuèrent jusqu'au 1^{er} décembre, sans que la dilatation atteignit 7 centimètres.

A ce moment se produisit la rupture, spontanée, de la poche des eaux. La dilatation n'augmentait pas, et la tête ne s'engageait point. Un matin la malade présente, après un léger frisson, une température de 39°7. Vue à ce moment par KOUWER elle est opérée 6 heures après cette élévation de température.

Durant quelques jours l'état de cette malade fut grave: température élevée et frissons, les sutures de la peau et de la tranche utérine furent défaites; l'utérus, qui présentait des lésions d'endométrite grave, fut désinfecté et drainé largement, de nombreux débris nécrosés furent expulsés et le dixième jour la température fut normale.

La malade guérit sans complications.

La libération utérine eut lieu quelques mois plus tard alors que la femme avait eu plusieurs fois ses règles.

On obtint une cicatrisation per-primam, après résection de la cicatrice utérine et de la cicatrice de la peau.

Aux Congrès des gynécologues de langue française de 1921 et 1925 KOUWER donna la statistique de neuf autres interventions de fixations de la cicatrice, dont les observations détaillées n'ont pas été publiées.

Elles furent pratiquées dans des cas analogues au premier.

*
**

Il nous a été impossible de retrouver à la bibliothèque universitaire d'Alger les observations de FOSTER.

Nous savons cependant que celui-ci a eu de nombreux succès avec l'extériorisation de la cicatrice.

En France VIGNES et PORTES ont eu trois succès dont nous n'avons également pas les observations.

**Observations réunies à l'hôpital civil de Constantine
dans le service du Docteur Oulié**

En 1924, ignorant les faits précédents, le Docteur OULIÉ pratique sa première césarienne avec extériorisation de la cicatrice utérine.

OBSERVATION III

Le 26 juillet 1924.

Mme A..., secondipare présente un bassin généralement rétréci. (Elle a du subir une basiotripsie lors de son premier accouchement).

Le 26 juillet 1924 elle arrive à la Maternité en plein travail. Une application de forceps est tentée sans succès par le chef de service et la malade est passée en chirurgie trois heures après les tentatives infructueuses d'extraction. L'enfant est vivant. Il n'y a aucun signe marqué d'infection.

Intervention normale, selon la technique habituelle du Docteur OULIÉ.

Suites opératoires immédiates parfaites.

Au troisième jour une élévation de température à 38°5 et qui persiste provoque la désunion de la suture cutanée.

Evacuation d'une certaine quantité de pus fétide.

Le muscle utérin est sphacélé sur la tranche de section opératoire. On installe une irrigation continue au dakin.

La température tombe immédiatement et la malade se lève au bout de trois semaines.

Signalons un petit incident à propos de cette intervention: les sutures utérines furent faites à l'aide de fil de soie. Or près de deux mois après l'intervention,

alors même que la plaie était depuis longtemps déjà cicatrisée, il persistait toujours trois fistulettes. Celles-ci n'étaient dues qu'aux bouts de soie et tarirent presque immédiatement lorsqu'on les eut enlevés.

11 décembre 1924. Deuxième temps sous anesthésie rachidienne.

Suites opératoires parfaites.

Lever au douzième jour, sortie au quinzième.

Deux mois plus tard cette malade ne présentait aucun trouble relatif à son intervention.

OBSERVATION IV

24 juin 1925.

La nommée Ch..., indigène âgée de 30 ans, présente un bassin impraticable et est en travail depuis 52 heures.

Température à 37°6. Pouls à 120.

Aucune manœuvre par voie basse n'a été tentée à l'hôpital.

Suites opératoires légèrement fébriles (38°8 au troisième jour).

Fistulisation et désunion de la plaie cutanée au cinquième jour. Ultérieurement désunion complète de la suture utérine, puis sphacèle des tranches de l'incision.

Mise en irrigation continue au dakin, pariétale et intra-utérine.

On observa rapidement la détersion de la plaie, puis la cicatrisation progressive sans aucun incident.

Lever au vingtième jour.

10 septembre 1925.

Deuxième temps sous anesthésie rachidienne, on pratique d'abord une libération utérine, suivie d'hystérectomie, la cavité utérine étant largement restée ouverte.

Suites normales.

Sortie au dix-huitième jour.

OBSERVATION V

10 juillet 1925.

Sur la nommée M. T..., indigène âgée de 26 ans.

La malade est en travail depuis 3 jours, la poche des eaux est rompue depuis 36 heures.

Perte de méconium.

Température à 37°8, pouls à 96.

Après l'intervention on note une élévation thermique à 38°5 et la plaie se fistulise en son tiers moyen. On pratique alors une désunion partielle de la suture cutanée, l'exploration au stylet de la fistule prouve que celle-ci est nettement utérine.

Après quelques pansements à plat, à l'éther ou au dakin, la plaie se rétrécit et se cicatrise rapidement.

Cette femme a refusé pendant quatre ans la seconde intervention de libération et de reposition utérine, et nous avait écrit que ne souffrant aucunement elle désirait rester comme elle était.

En juillet 1929 elle nous a demandé de subir ce deuxième temps.

Le 13 juillet 1929, sous anesthésie générale à l'éther, intervention assez délicate en raison des adhérences utéro-pariétales anciennes.

Néanmoins cicatrisation per primam sans aucun incident.

Sortie le quinzième jour.

OBSERVATION VI

21 juillet 1925.

Sur la nommée M. Q..., française âgée de 19 ans.

La poche des eaux est rompue depuis 52 heures. On a pratiqué de nombreux touchers et la malade a subi dans la journée trois applications de forceps sans résultat.

Opération à 11 heures du soir.

Après l'intervention la température oscille autour de 38°, la suture de la peau lâche le sixième jour, celle de l'utérus lâche le onzième jour.

On observe alors un sphacèle des tranches utérines et une suppuration prolongée.

Irrigation continue au dakin.

Deux mois après l'opération la cicatrisation est complète.

29 janvier 1927.

Deuxième temps: libération, plastie et reposition utérine sans incident.

Sortie au quinzième jour.

OBSERVATION VII

4 février 1927.

Sur la nommée H. H..., indigène âgée de 30 ans.

Le travail date de 14 heures, rupture de la poche des eaux datant de 5 heures.

Après l'intervention, la température oscille entre 37°5 et 38° durant 6 jours.

Pas d'autres incidents.

Cicatrisation per-primam.

26 février 1927.

Libération et reposition utérine.

La libération est difficile par suite de l'état inflammatoire des adhérences. La malade fait deux jours de température à 38°.

Cicatrisation per-primam, sortie le treizième jour.

OBSERVATION VIII

5 mars 1927.

Sur la nommée B. Z..., indigène âgée de 27 ans.

La rupture de la poche des eaux remonte à 48 heures.

Au moment de l'intervention la température est de 39°, le pouls est à 120. Etat général mauvais. Ecoulement de liquide amniotique fétide, sans méconium, enfant vivant.

A l'intervention on voit que les membranes ont perdu leur couleur normale, et ont pris une teinte verdâtre.

Le lendemain de l'intervention la température baisse à 37°5. Elle remonte le deuxième jour à 39°, le troisième jour la plaie abdominale se désunit et un liquide sanieux et fétide coule par le vagin.

On fait sauter tous les points des sutures cutanée et utérine: il y a du sphacèle de la tranche d'incision utérine et une inflammation assez vive et assez étendue de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané ; mais il n'y a aucune réaction péritonéale.

Mise en irrigation au dakin, la température tombe rapidement à 37°5, comme dans les cas précédents il y a une élimination rapide des tissus sphacelés et la cicatrisation est assez lente mais progressive.

Quand l'utérus a repris ses dimensions normales,

bien que largement ouvert à la peau, on décide la libération et la réintégration utérines.

Elles ont lieu le 28 mai 1927 sans incident.

Cicatrisation per-primam et sortie le vingt-deuxième jour.

OBSERVATION IX

1^{er} novembre 1928.

Sur la nommée Baberi ben S..., indigène âgée de 27 ans.

En travail depuis trois jours, poche des eaux rompue depuis deux jours. A subi de nombreux touchers septiques.

Température à 38°7, pouls à 120, assez mauvais état général.

Opération selon la technique habituelle sans suture de la peau.

Après l'intervention la température continue pendant quelques jours entre 38° et 39°, la malade accuse de nombreux frissons.

Injectons à fortes doses, par la voie veineuse, d'électrargol et d'urotropine. Toni-cardiaques, sérum glucosé. L'examen local ne montre à ce moment rien de bien particulier.

Le sixième jour. désunion spontanée de la suture utérine.

Puis se produit la sphacèle des tranches utérines.

Nous pratiquons nous-même des lavages utérins et des pansements méchés.

On observe alors, en même temps que l'expulsion de nombreux débris sphacelés, une chute rapide de la température et une amélioration marquée de l'état général.

La cicatrisation progresse rapidement, mais il persistera une petite fistule utérine jusqu'au deuxième temps.

Celui-ci est pratiqué le 1^{er} février 1929.

Libération et reposition utérines faciles malgré la présence de la fistulette.

Fermeture en trois plans et cicatrisation per-primam.

Nous sommes heureux de l'excellent résultat obtenu dans ce cas d'infection aussi virulente. Mais nous pensons que c'est un cas à la limite des indications possibles et qu'une hystérectomie immédiate eut été peut-être plus prudente. Bien qu'aucune hémoculture n'ait été faite, il est certain qu'une septicémie légère a suivi l'intervention.

TECHNIQUES OPÉRATOIRES

Comme nous l'avons dit dans l'historique de ce travail, l'idée fondamentale: réunir l'utérus à la paroi antérieure de l'abdomen, remonte à une époque assez éloignée.

En 1800, PILLORE expose ainsi la technique qu'il avait découverte :

« Après l'extraction du fœtus et du placenta, réunir chaque lèvre de la plaie utérine au tiers inférieur de la lèvre correspondante de la plaie abdominale par une suture utéro-abdominale. Réunir ensuite par une suture abdominale les deux lèvres de la plaie de l'abdomen dans les deux tiers supérieurs. »

PILLORE avait ainsi permis de transformer en véritable intervention chirurgicale, c'est-à-dire intervention bien réglée, et se faisant sous le contrôle de la vue, des manœuvres aveugles, imprécises, mal définies et par suite fort dangereuses.

Nous exposerons d'abord en détail la technique du Docteur OULIÉ. Nous montrerons ensuite les points qui diffèrent avec les opérateurs, mais comme le répétait LESTOCQUOY : « Un seul point est essentiel, c'est que la suture soit faite et qu'elle soit bien faite. »

Ces différentes techniques n'ont d'ailleurs pas donné des résultats différents.

Technique du Docteur Oulié

Description du premier temps de l'intervention

A) *Extraction du fœtus.* — 1° L'intervention commence par une césarienne classique: incision médiane de la paroi abdominale, un tiers au-dessus de l'ombilic, deux tiers au-dessous.

2° Extériorisation de l'utérus.

3° Protection très soignée de l'abdomen à l'aide de champs entourant le globe utérin.

4° Incision rapide du muscle utérin; pendant que le chirurgien fait l'incision, un aide fait une injection sous cutanée d'ergotine. Extraction rapide du fœtus, du placenta et des membranes.

5° Vérification de l'utérus et des cornes utérines, puis iodage de la cavité.

B) *Suture de l'incision utérine.* — Elle se fait en deux plans :

1° Un plan profond, musculaire, en ayant soin de ne pas prendre la muqueuse utérine dans la suture. Celle-ci se fait en points séparés, au catgut fort.

2° Un plan superficiel séro-musculaire en surjet de catgut n° 2.

Pour éviter le danger d'une infection possible, par les liquides amniotiques, on iodé la suture utérine et on lave rapidement l'utérus à l'éther.

Enfin, les champs qui enveloppaient l'utérus sont retirés et celui-ci est rentré dans la cavité abdominale.

C) *Extériorisation de la cicatrice.* — Pour faciliter l'intelligence de ce temps opératoire, nous croyons utile, avant toute description, de rappeler un point anatomique de la paroi abdominale antérieure ; la ligne blanche résulte de l'union des aponévroses antérieures et postérieures des muscles grands droits. Sa largeur est d'environ un centimètre et le péritoine pariétal est adhérent à sa face postérieure. La grossesse produit une distension lente et progressive de la paroi abdominale, les muscles grands droits s'écartent de plusieurs centimètres, la ligne blanche s'est transformée en bande blanche et l'incision abdominale du premier temps a partagé longitudinalement et autant qu'il est possible en son milieu cette bande aponévrotique. L'extériorisation est le temps principal de l'intervention, c'est celui de la suture qui va supprimer toute communication possible entre la cavité péritonéale libre et la cavité utérine septique.

Elle se pratique à l'aide d'un surjet qui unit le péritoine pariétal doublé de la demi-bande aponévrotique et le péritoine utérin, en passant à deux centimètres environ de chaque côté de la ligne d'incision et à un centimètre au delà de chacune des extrémités.

On a grand intérêt, en vue d'augmenter la solidité de cette suture à arrêter de temps à autre ce surjet par un point et à prendre le muscle en même temps que le péritoine utérin.

Ce surjet circonscrit ainsi une surface elliptique très allongée fixée solidement hors de la cavité péritonéale. Il sera exécuté au catgut n° 2 (fig. 1 et 2).

L'expérience a montré que toutes ces sutures devaient être faites au catgut et non avec un fil non résorbable tel que le fil de soie. Ce dernier produit en effet, en cas de suppuration, une fistulisation qui ne tarira que lorsque l'on aura enlevé ces fragments de fil non résorbés.

Le premier temps est terminé en suturant la peau de l'incision de laparotomie. Il est préférable de laisser pendant quelques jours une petite mèche ou un faisceau de crins.

Cette dernière suture de la peau est presque toujours contre indiquée. Dans les premières observations du Docteur OULIÉ, la suture cutanée fut désunie cinq fois sur six. L'explication en est facile lorsqu'on pense à la faible résistance à l'infection que présente le tissu cellulaire sous-cutané. Cette suture ne doit donc être pratiquée que lorsqu'il existe de très minimes chances d'infection; chaque fois qu'une infection utérine est seulement probable, il est préférable de ne pas suturer la peau. Celle-ci ne fut pas suturée dans la dernière observation.

DURÉE

La durée moyenne du premier temps est de 20 à 25 minutes.

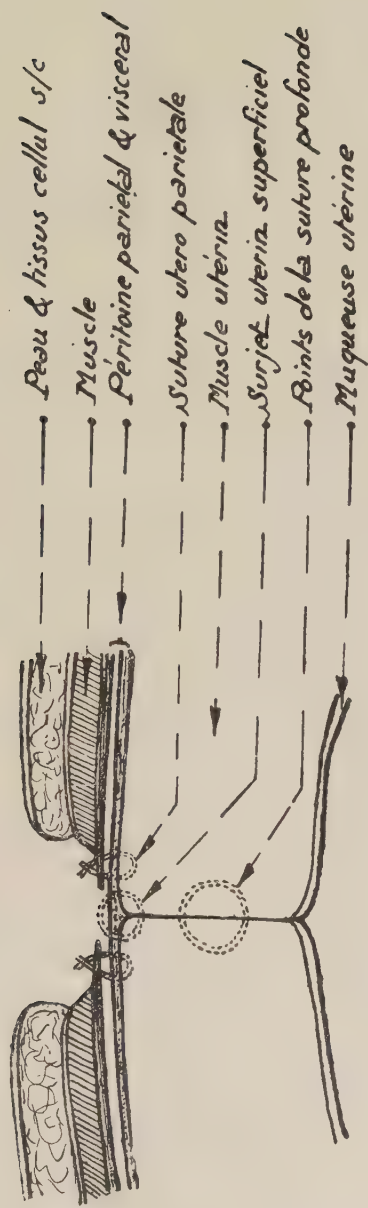


Fig: I - Coupe selon AB de la fig II

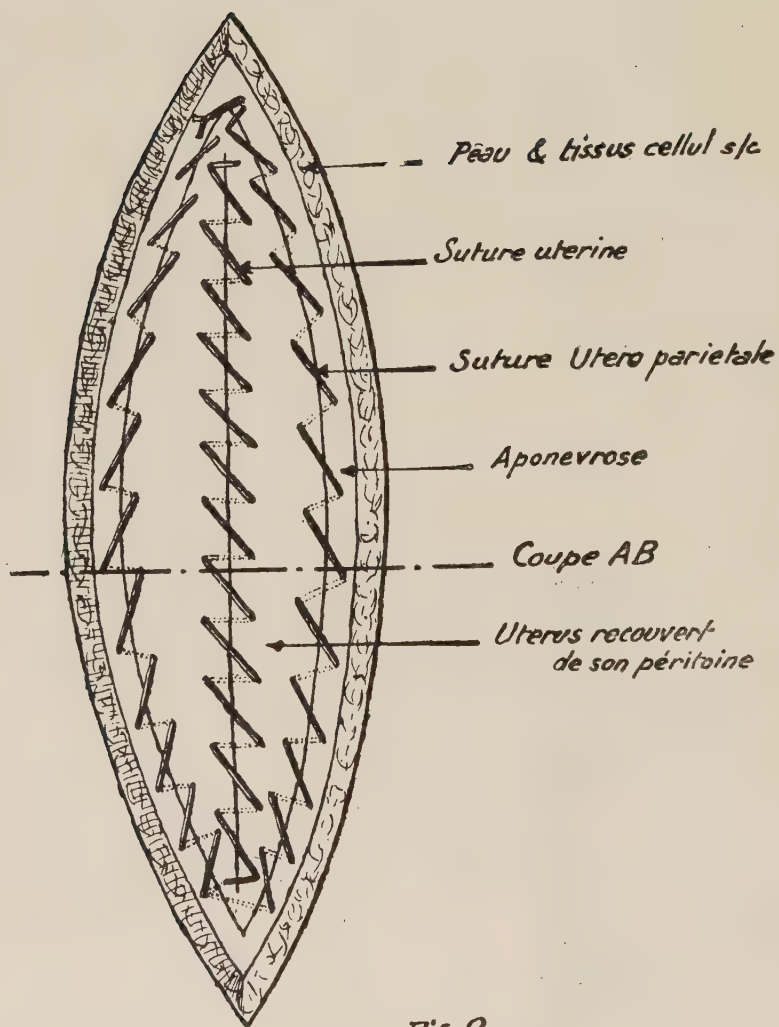


Fig:2

DESCRIPTION DU DEUXIÈME TEMPS

Bien que dans toutes nos observations, aucune opérée n'ait accusé une douleur ou une gêne quelconque, dues à sa fixation utérine (une d'entre elles est restée ainsi pendant quatre ans), il est utile de faire la libération et la plastie utérines en prévision d'une grossesse ultérieure possible.

A) *Libération utérine.* — Elle constitue le premier temps de l'intervention.

1° Une incision elliptique de la peau circonscrit la cicatrice, mais en est largement distante; il faut se porter nettement en dehors si on veut tomber dans la cavité péritonéale libre. Une fois dans cette cavité péritonéale, il est facile d'exciser tous les tissus cicatriciels et les adhérences pariétales.

Le gros écueil à éviter est d'inciser trop près de la cicatrice et de tomber dans un magma cicatriciel gênant à plusieurs points de vue :

a) Il saigne beaucoup.

b) On retrouve difficilement les plans anatomiques pariétaux et le plan de clivage utérin.

c) Il peut rester quelques microbes virulents dans les vaisseaux lymphatiques qui augmenteront les chances de suppuration.

La seule chose à faire dans un cas semblable, serait de reprendre son incision et de la faire plus éloignée de la cicatrice.

La libération utérine est alors terminée. On extériorise l'utérus en garnissant de grandes compresses les lèvres de l'incision pariétale. Le temps opératoire suivant doit être pratiqué hors de l'abdomen.

B) *Plastie utérine*. — Ce temps présente une importance très grande dans les cas où la suture utérine a suppuré et lâché comme il arrive le plus souvent.

Elle sera exécutée ainsi :

1° On fait l'excision de la partie cicatricielle de la tranche musculaire utérine.

2° Une suture très soignée rapproche les lèvres de l'excision utérine. Cette suture peut être faite de différentes façons, points en V ou en U. Il est préférable de faire deux plans :

a) Un plan profond à points séparés.

b) Un plan superficiel musculo-séreux qui peut être un surjet.

Si la perte de substance était très importante, maintenant l'utérus trop ouvert au point de rendre impossible sa fermeture, nous aurions là les indications d'une hystérectomie, facile et sans danger si l'infection est complètement éteinte. Ce cas est très rare, une fois seulement sur sept une hystérectomie fut pratiquée par le Docteur OULIÉ.

C) *Epiplœoplastie*. — L'intervention se termine par une greffe épiplœique libre fixée au devant de la cicatrice utérine par quelques points au catgut 00. Quel-

quefois l'épiploon est déjà adhérent à cette cicatrice, on découpe alors un tablier épiploïque qu'on rabat sur la face antérieure de l'utérus.

Cette épiplooplastie est destinée à empêcher toute formation d'adhérences entre la cicatrice utérine et le contenu du petit bassin (annexes, intestins) et surtout à renforcer la suture utérine au cas de déhiscence partielle de celle-ci.

D) *Fermeture de l'abdomen.* — Son importance est très grande.

En prévision d'une éventration facile due à la laxité des tissus chez une accouchée encore récente (1 à 3 mois) et la possibilité d'une nouvelle grossesse rapprochée de la première, le chirurgien devra y apporter tous ses soins.

Elle sera faite en trois plans anatomiques bien repérés ce qui nécessitera toujours une dissection un peu attentive comme au cas de cure d'éventration.

E) *Durée.* — La durée moyenne du deuxième temps est de 25 à 35 minutes.

F) *Anesthésie.* — Pour le premier temps, l'anesthésie générale est préférable.

Le deuxième temps peut être pratiqué sous anesthésie rachidienne ou générale.

A quel moment convient-il de pratiquer la libération et la réintégration utérines ?

Si le temps de l'extériorisation de la cicatrice n'est suivi d'aucun accident infectieux, la réintégration utérine peut suivre immédiatement la cicatrisation complète, mais dans ce cas, on pourra trouver quelques difficultés en raison des nombreuses adhérences. Si l'on peut attendre, ces adhérences se résorberont en grande partie, et l'opération sera plus aisée.

Lorsque l'infection aura compliqué l'intervention, on ne devra jamais se hâter de pratiquer la libération et la plastie utérines.

On attendra le temps nécessaire, 2 à 3 mois en moyenne.

La présence d'une petite fistulette n'est pas une contre-indication, mais on préparera soigneusement la malade, et on fera même, si on le juge nécessaire, deux ou trois injections de « propidon ». Au moment de l'intervention, nous avons cru obtenir de bons résultats en arrosant avec le bouillon-vaccin GRÉMY 41, les tissus cicatriciels et les adhérences.

Cette technique est sensiblement la même que celle employée maintes fois par FOSTER en Amérique, par VIGNES et PORTES, en France.

KOUWER résume ainsi la technique qu'il emploie :

La différence essentielle entre celle-ci et celle du Docteur OULIÉ est qu'il extériorise la surface d'incision utérine avant d'inciser l'utérus.

Celui-ci n'est pas sorti hors de l'abdomen.

« Incision médiane de la paroi abdominale comme

dans l'opération classique: un tiers au-dessus, deux tiers au-dessous de l'ombilic. Un aide maintient la matrice autant que possible en position symétrique, par la fenêtre de la plaie béante se présente la face antérieure de la matrice en forme d'ovale. Réunion du péritoine pariétal à celui de l'utérus par une suture courante à la soie en deux rangées : la première se trouve à une distance de deux centimètres à deux centimètres et demi du bord libre du péritoine pariétal, la seconde à un centimètre ou un centimètre et demi. Cette suture nous garantit l'occlusion absolue de la cavité péritonéale, la protection parfaite contre l'infection de cette cavité. Je conseille de donner à la figure ovale ainsi circonscrite une longueur de dix-huit centimètres, un diamètre transverse de douze. Incision médiane de la matrice, extraction de son contenu, lavage de la cavité utérine avec un antiseptique quelconque. Suture de la plaie utérine à la soie de la façon ordinaire. Mèche de gaze (ou, si on le préfère tube de drainage) sur la plaie utérine, suture de la paroi abdominale en trois plans, le drainage sortant des deux bouts de la ligne des sutures.

Cette mèche de gaze se trouve dans une cavité anté-utérine rétro-pariétale, que j'appelle mon tunnel de sûreté. Quand tout marche bien, le drainage est enlevé le troisième ou le quatrième jour. Sinon, quand les symptômes me font redouter l'inflammation de la plaie utérine, je coupe les sutures de la paroi abdominale, et mets à découvert le tunnel.

En cas de besoin, je coupe aussitôt les sutures ; ainsi, la cavité utérine s'ouvre largement et me présente le tableau imposant de l'endométrite puerpérale. »

LESTOCQUOY employa une méthode semblable à celle de KOUWER : laparotomie, incision de la paroi utérine jusqu'aux membranes de l'œuf, suture du muscle utérin au bord de la plaie abdominale, incision des membranes, et extraction de l'œuf et du placenta. La matrice reste ouverte.

Soins post-opératoires

Nous considérons comme très important le chapitre des soins post-opératoires, car ces opérées, toujours plus ou moins infectées, doivent être suivies de très près.

Nous insistons évidemment sur la prise régulière et soignée du pouls et de la température. Ce sont eux qui nous permettront le plus souvent de dépister une complication locale ou une aggravation de l'état général.

Etudions d'abord les soins locaux.

SOINS LOCAUX

Ils consistent dans l'inspection quotidienne de la suture cutanée si celle-ci a été pratiquée, de la plaie dans le cas contraire. Surveillons l'apparition d'une

rougeur anormale, d'une douleur à son niveau, surtout si ces phénomènes coïncident avec une élévation même minime de la température. Ils doivent nous faire immédiatement pratiquer la désunion de la suture cutanée.

Cette manœuvre nous donnera un grand jour sur la suture utérine, et nous permettra de savoir si la suppuration est limitée aux tissus cellulaires sous-cutanés ou, au contraire, si le point de départ de l'infection est utérin.

Ce dernier cas, est le plus fréquent. Comme pour la suture cutanée, nous devons de suite désunir les sutures utérines. Après avoir nettoyé l'utérus à l'aide de compresses montées, et enlevé tout le pus qu'il contenait, nous installerons une irrigation continue au dakin (ce que nous avons pratiqué plusieurs fois), ou simplement des lavages antiseptiques à l'éther et des pansements quotidiens.

Dès que le foyer d'infection est ouvert, la température tombe rapidement, et l'état local va s'améliorer de jour en jour: on observe d'abord un sphacèle des tranches utérines, ce sphacèle peut d'ailleurs s'éliminer de lui même, mais il est possible d'activer cette élimination en coupant aux ciseaux les parties sphacélées, facilement reconnaissables à leur couleur.

La plaie va se nettoyer et se combler en un ou deux mois.

Nous pourrons tout de même attendre une épidermisation complète avant de pratiquer le deuxième temps.

SOINS GÉNÉRAUX

Pendant cette évolution, l'état général ne nous donne le plus souvent aucune inquiétude. Mais il peut en être autrement comme dans notre observation IX.

Après l'opération, une température oscillante et atteignant 39°5, un pouls très rapide, et surtout l'apparition de frissons nous faisaient hésiter sur le pronostic à porter.

Immédiatement, une thérapeutique énergique: urotropine et électargol à forte dose par voie veineuse, toni-cardiaques, sérum physiologique améliorèrent en quelques jours l'état de notre malade.

Si, malgré cette thérapeutique, l'état général s'aggravait encore, une hystérectomie d'urgence, suivie d'un Mickulicz et d'application de glace sur le ventre pourraient nous offrir une dernière chance de sauver notre malade.

Le deuxième temps, pratiqué au moment opportun, c'est-à-dire toute infection éteinte, ne peut nous donner aucune complication. Par mesure de précaution, cependant, nous pratiquerons une vaccination préventive par quelques injections de « propidon ».

INDICATIONS

Ce sont les indications de toutes les césariennes tardives et suspectes d'infection parce que tardives.

On a coutume en obstétrique de diviser les infections en: infections endogènes et infections exogènes. Si les infections endogènes sont les moins graves en raison d'une auto-vaccination probable, les infections exogènes, amenées en général par une matrone qui ignore les principes de l'aseptie ou une sage-femme qui les a oubliés, présentent une importance très grande en raison de leur gravité.

L'étude des causes d'infections nous paraît nécessaire, elle nous permettra d'ailleurs de poser avec plus de précision les indications de l'intervention que nous avons décrite.

I. INFECTION ENDOGÈNE

a) *La durée du travail.* — Elle n'intervient que lorsqu'elle dépasse de façon appréciable la durée normale par épuisement de la parturiente et diminution de la résistance générale à l'infection possible.

b) *La rupture de la poche des eaux.* — Son importance est considérable. La rapidité de l'infection après la rupture de cette poche est actuellement bien démontrée; et facile puisqu'elle met en communication l'œuf largement ouvert et un foyer riche en germes pathogènes.

Cette rapidité dépend d'ailleurs beaucoup de l'état microbien des voies génitales (métrite cervicale, vaginite, cancers ulcérés).

II. INFECTION EXOGÈNE

Ces infections graves sont toujours causées par l'apport de microbes étrangers à la malade. Voyons au cours de quelles manœuvres cette transmission se fait ordinairement.

a) Le toucher vaginal, rarement pratiqué avec toutes les conditions aseptiques ou antiseptiques nécessaires.

b) Les dilatations manuelles du col faites sans précautions aseptiques.

c) Les tentatives d'extraction par voie basse :

Forceps, souvent répétés.

Tentatives de version.

et chez les indigènes un grand nombre d'autres moyens dont je ne citerai que la lubrification du canal utéro-vaginal à l'aide d'huile d'olive.

Ces infections dont nous connaissons maintenant

les causes principales n'ont heureusement pas toutes la même virulence.

Un classement nous paraissant utile nous proposons le suivant :

1° Cas purrissimes, justiciables de la césarienne normale.

2° Cas suspects ou très légèrement infectés.

3° Cas d'infection nettement confirmée avec bon état général.

4° Cas d'infection très violente avec retentissement sérieux sur l'état général.

Cas suspects ou très légèrement infectés

Nous y rangerons :

a) Les parturientes qui ont eu un travail prolongé.

b) Celles qui ont eu de nombreux touchers, mais pratiqués cependant dans des conditions d'aseptie parfaites et chez les femmes ne présentant pas un appareil génital pathologique.

c) Et même celles qui auront subi diverses manœuvres d'extraction par voie basse comme : version par manœuvres internes ou tentatives de forceps sans résultat si elles ont été faites avec une aseptie rigoureuse.

Il ne doit y avoir évidemment aucune modification du pouls et de la température.

*Cas d'infection nettement confirmée
avec bon état général*

Ce sont ceux qui constituent, à notre avis, les indications véritables de l'extériorisation de la cicatrice et dont le type serait notre observation VII.

Ils peuvent être ainsi schématisés :

a) Travail long et pénible avec tentatives d'extirpation vaines.

b) Membranes rompues depuis plus de douze heures.

c) Température élevée comprise entre 37°5 et 39°5.

d) Liquide amniotique présentant déjà une odeur anormale.

e) Pouls rapide entre 100 et 120, mais encore bien frappé.

Mais nous insistons néanmoins sur un état général favorable.

*Cas d'infection très violente caractérisée
par une température très élevée, un pouls très rapide,
petit, irrégulier, des frissons fréquents.*

Éliminons de suite les cas d'infections très violentes pour lesquelles l'hystérectomie s'impose sans discussion.

À tous les autres cas peut s'appliquer l'extériorisation de la cicatrice.

Cependant, si les cas suspects constituent des indications favorables de la fixation utérine, ils sont éga-

lement les indications des césariennes supra-symphysaire, extra-péritonéale ou trans-péritonéale basse. Seule la simplicité plus grande de l'extériorisation utérine peut faire préférer cette dernière à un chirurgien non rompu aux interventions obstétricales spéciales.

Restent les cas d'infections moyennes.

Dans ces cas la césarienne supra-symphysaire est fortement discutée par tous et contre-indiquée pour la plupart des accoucheurs.

« Si la césarienne trans-péritonéale basse, dit ENGELHARDT, préserve presque à coup sur de l'infection du péritoine ainsi qu'en témoignent les statistiques, il n'en est pas de même des accidents généraux dus à l'infection puerpérale.

La mortalité par septicémie, par embolies, consécutives à une phlébite pelvienne (embolies souvent précoces), par thrombophlébite suppurée occasionnant des métastases infectieuses, ne semblent pas permettre l'extension de la césarienne basse.

La morbidité de ces cas impurs, opérés avec température élevée, pouls rapide, fétidité du liquide amniotique est également une preuve non négligeable. »

Or, dans plusieurs de nos observations nous avons rencontré :

Température élevée,

Pouls rapide,

Liquide amniotique fétide,

Et nos opérées ont guéri.

Nous pouvons donc conclure que l'extériorisation de la cicatrice utérine s'applique bien dans les cas d'infection moyenne, or ceux-ci constituent également les indications d'une autre intervention : l'extériorisation utérine ou opération de PORTES.

Il nous appartient donc de discuter la valeur respective de ces deux interventions :

Opération de PORTES,

Extériorisation de la cicatrice.

C'est ce que nous allons faire dans le chapitre suivant.

ÉTUDE CRITIQUE

L'opération de PORTES et l'extériorisation de la cicatrice utérine comportent des avantages et des inconvénients respectifs.

L'étude détaillée que nous allons en faire dans ce chapitre va nous permettre de déterminer si l'on a intérêt à placer dans les interventions de chirurgie courante l'extériorisation de la cicatrice ou si l'opération de PORTES doit lui être définitivement préférée.

Quels inconvénients peut-on reprocher à l'extériorisation de la cicatrice ?

Le seul qui nous paraît avoir quelque importance est le suivant :

C'est une opération en deux temps; comme toutes les interventions en deux temps, les malades, sauf dans la clientèle hospitalière, l'acceptent difficilement.

Est-ce qu'au point de vue chirurgical pur ce deuxième temps augmente le danger de l'intervention? En aucune façon si l'on a bien soin d'attendre, plutôt

trop longtemps que pas assez, le moment propice pour pratiquer le deuxième temps.

Il faut aussi considérer la longue immobilisation de la malade. L'intervalle séparant les deux temps sera d'au moins quatre semaines si la cicatrisation du premier temps s'est faite sans accident. Il atteindra huit à douze semaines lorsque, comme cela arrive le plus souvent (6 fois sur 7 dans nos observations personnelles), l'infection oblige à la désunion des sutures, à un drainage et une désinfection prolongée. Cependant le séjour à l'hôpital ou à la clinique n'est indispensable que pendant les plus gros pansements.

Le dernier point faible que nous puissions citer est le suivant :

En cas d'infection très grave, l'hystérectomie secondaire n'est pas aisée, mais elle est possible suivie d'un Mickuliez.

D'ailleurs la difficulté viendra surtout de l'indication opératoire, car il est incontestable qu'une infection grave relève d'une hystérectomie immédiate et non d'une extériorisation de la cicatrice.

Voici les points sujets à critique, devons-nous leur accorder une grosse importance en face des nombreux avantages que nous allons citer.

1° C'est une intervention très simple, la technique est simple, l'exécution également; il n'y a aucune manœuvre dangereuse, et la malade ne court aucun risque opératoire.

Autre point important en un centre éloigné: le chirurgien n'a besoin que d'un seul aide, même si cet aide n'est pas entraîné aux grosses opérations (le Docteur OULIÉ fut plusieurs fois aidé par une religieuse ou un infirmier); de plus aucun instrument spécial n'est indispensable.

2° C'est une intervention rapide, les durées moyennes sont les suivantes :

20 à 25 minutes pour le premier temps.

25 à 35 minutes pour le deuxième temps.

3° L'utérus et les annexes restent dans l'abdomen.

Leur péritoine est à l'abri de l'infection.

Il ne sera pas le siège d'adhérences ultérieures.

4° Si les phénomènes généraux et locaux obligent à une désunion totale de la suture utérine, la cavité utérine largement ouverte permettra une désinfection soignée et rapide par irrigation continue comme nous l'avons pratiquée maintes fois.

5° Les maternités futures ne sont aucunement compromises. Nous n'avons pas d'observations personnelles à citer parmi les malades que nous avons suivies; mais la statistique de KOUWER nous paraît concluante :

« ...Sur sept femmes qui ont survécu, pour deux il n'y a que douze ou treize mois depuis l'opération, des autres, une a pris des précautions et n'est pas redevenue enceinte, quatre ont accouché de nouveau, spontanément ou après césarienne itérative.

Signalons à ce propos que les cicatrices se sont toujours montrées solides et fermes. »

Voyons maintenant les mérites et les défauts de l'opération de PORTES :

L'hystérectomie secondaire est facile à exécuter après l'opération de PORTES, elle l'est moins après l'extériorisation de la cicatrice, mais l'extériorisation utérine présente d'autres ennuis :

a) C'est également une opération en deux temps, avec tous ses inconvénients dont une longue immobilisation.

b) La formation obligatoire d'adhérences après irritation et suppuration péritonéales risque beaucoup de provoquer une stérilité par coudure, plicature et obturation des trompes.

Nous n'avons trouvé dans la littérature obstétricale qu'une seule observation de femme ayant accouché après une opération de PORTES.

c) La gêne circulatoire révélée par l'œdème des annexes ne peut-elle favoriser les infections veineuses comme dans l'observation suivante citée par ENGELHARDT dans sa thèse ?

Mme C..., 32 ans .

Présentation de l'épaule.

En travail depuis deux jours, poche des eaux rompue depuis le même temps.

Température 38°8. Pouls 140.

Opération de PORTES.

Suites opératoires :

1^{er} jour : état grave, température 39°2, pouls 156.

2^e, 3^e et 4^e jour légère amélioration.

5^e jour : grands frissons, apparition de foyers pulmonaires à la base droite.

L'état général continue à être très grave bien que la plaie utérine ait un bel aspect.

Décès le douzième jour.

Cette étude comparative de l'extériorisation de la cicatrice et de l'opération de PORTES permet de prévoir quelles vont être nos conclusions. Mais nous tenons à donner auparavant une petite statistique que nous croyons éloquente :

OPÉRATEURS	NOMBRE des Interventions pratiquées	DÉCÈS
Lestocquoy,	1	0
Kouwer	10	2
Vignes et Portes.....	2	0
Vignes	1	0
Foster,	Nombreux cas	2
Américains,....	30	0
Oulié	7	0

CONCLUSIONS

1° L'extériorisation de la cicatrice utérine dans les césariennes tardives est une intervention simple, aisée, rapide.

2° Elle n'a pas à se substituer à la césarienne supra-symphysaire, n'en ayant pas les mêmes indications, mais on doit la préférer à l'extériorisation utérine qui nous semble inférieure sur plusieurs points.

3° Nous avons voulu la faire connaître, pensant qu'elle pouvait rendre de grands services, surtout en Algérie, à la fois aux chirurgiens éloignés des grands centres, et aux femmes indigènes chez lesquelles ses indications sont fréquemment rencontrées.

4° C'est donc une intervention à conserver.

BIBLIOGRAPHIE

DUSART. — De la suture viscéro-pariétale. Paris 1867.

ENGELHARDT. — Contribution à l'étude de la césarienne tardive. Paris 1926.

HAWKS. — *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, t. III, n° 3, septembre 1929.

KOUWER. — La section césarienne classique et la section extra-péritonéale supra-symphysaire. *L'Obstétrique*, 1911.

Congrès des Obstétriciens de langue française, 1921.

Congrès des Obstétriciens de langue française, 1925.

OULIÉ. — Césarienne 24 heures après rupture de la poche des eaux. Société d'Obstétrique et de Gynécologie, Paris 1925.

OULIÉ. — Cinq nouvelles observations d'extériorisation sous-cutanée de la cicatrice d'incision utérine après césarienne tardive. Société d'Obstétrique et de Gynécologie, Paris 1927.

OULIÉ. — L'extériorisation de la cicatrice d'incision utérine après les césariennes tardives. *Algérie Médicale*, novembre 1927.

VIGNES. — Le risque des césariennes pratiquées tardivement au cours du travail. *Presse Médicale*, janvier 1927.

VU : *Le Président de la Thèse*,
COSTANTINI.

VU : *Le Doyen*,
LEBLANC.

Vu et permis d'imprimer :
Alger, le 13 mars 1930.
Le Recteur,
TAILLIART.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
INTRODUCTION	13
HISTORIQUE	15
OBSERVATIONS	21
TECHNIQUES	33
INDICATIONS	47
ETUDE CRITIQUE	53
CONCLUSIONS	58
BIBLIOGRAPHIE	59

Imprimerie « LA TYPO-LITHO »

ALGER
